A Gonzalez (C)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

ALGUNAS PALABRAS RELATIVAS

Á LAS

COMPLICACIONES DE LA BLENORRAGIA EN EL HOMBRE

TRABAJO INAUGURAL

QUE PARA EL EXÁMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJÍA Y OBSTETRICIA, PRESENTA

Celerino Gonzalez

Alumno de la Escuela de Medicina, ex-practicante del servicio de Clínica Externa en el Hospital Juarez.



MÉXICO

IMPRENTA DE I. CUMPLIDO, CALLE DEL HOSPITAL REAL NÚM. 3.

1886.

suplente 1.º

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

ALGUNAS PALABRAS RELATIVAS

Á LAS

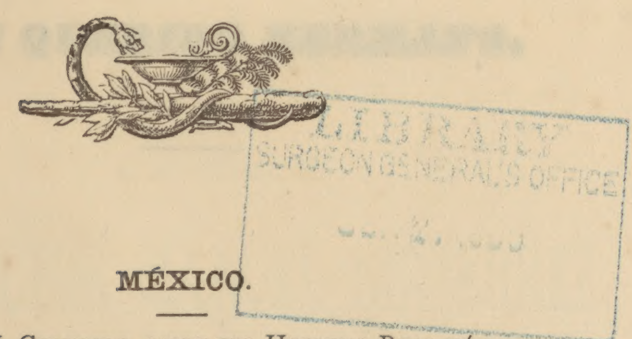
COMPLICACIONES DE LA BLENORRAGIA EN EL HOMBRE

TRABAJO INAUGURAL

QUE PARA EL EXÁMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJÍA Y OBSTETRICIA, PRESENTA

Celerino Gonzalez

Alu mno de la Escuela de Medicina, ex-practicante del servicio de Clínica Externa en el Hospital Juarez.



MÉXICO.

IMPRENTA DE I. CUMPLIDO, CALLE DEL HOSPITAL REAL NÚM. 3.

1886.

A MIS

Virtuosos y queridos Padres

DÉBIL TESTIMONIO DE MI INMENSO CARIÑO.

A LA MEMORIA

DE MI QUERIDO HERMANO.

Humilde prueba de respeto y cariño

AL SR. LIC.



SIN CUYA PROTECCION, NO HABRIA TERMINADO MIS ESTUDIOS

AL SR. LIC.

FELICITOS VILLAREAL

Respeto y cariño.

A MI MAESTRO

EL DOCTOR MANUEL GUTIERREZ

Admiracion, respeto y eterna gratitud.

Á LOS

PROFESORES DE LA ESCUELA

DE MEDICINA

ADMIRACION Y RESPETO.

Á MIS INOLVIDABLES AMIGOS

DRES. JOAQUIN BENITEZ Y LUIS GARZA CARDENAS

Débil muestra de cariño.

AL SR. DAVID PEÑA

Suplico reciba esta insignificante prueba de cariño de su compañero y amigo, como un recuerdo de nuestros trabajos de estudiantes.

Es indudable que en la práctica nos es más útil el conocimiento de las enfermedades que con mucha frecuencia se desarrollan en el individuo, que el de las que tan solo de un modo excepcional se presentan. La blenorragia es de las más frecuentes, esto es bien sabido, y las complicaciones de ella están léjos de ser raras, aunque muchas veces sean mal conocidas. Y como quiera que esta ignorancia sea bastante perjudicial para los enfermos, hemos creido, que es un imperioso deber del médico tratar de disiparla lo mejor que pueda, y no contentarse con lo que los manuales dicen sobre la materia, sino por el contrario, procurar estar al corriente de los trabajos efectuados por los especialistas.

Las complicaciones de la blenorragia, son por lo general, mal conocidas y peor tratadas; tal vez porque su patogenia ha estado rodeada por densas sombras, tal vez por otra causa; pero el hecho es, que generalmente su estudio es desdeñado y este desden suele traer funestos resultados.

Hoy que la patogenia de la gonorrea es mejor conocida,

así como la de algunas de sus complicaciones, merced sobre todo á los trabajos de Neisser, y que gracias á un tratamiento racional, fundado no en el empirismo ciego, sino en una concepcion bien apoyada, podemos esperar evitar las consecuencias algunas veces terribles de la blenorragia, es más indispensable que nunca el estudio de esta enfermedad.

He escogido el de sus complicaciones como objeto de mi trabajo inaugural, esperando que sea acogido con benevolencia.

LOS accidentes que pueden complicar la blenorragia, son numerosos y diversos. Se dividen muy naturalmente en dos grupos desde el punto de vista patogénico.

Primero. Los unos mucho más frecuentes, son accidentes puramente locales, y debidos á una irradiacion ó á una intensidad anormal de los fenómenos inflamatorios. En este primer grupo se colocan: la retencion de orina, la hemorragia uretral, la inflamacion y apoplegía de los cuerpos cavernosos, la foliculitis, la cowperitis, la prostatitis, la cistitis, los flegmones peri-uretrales, la linfangitis, la adenitis, etc. Puede colocarse tambien en este grupo la epididimitis.

Segundo. Los otros, de un carácter completamente diferente, se producen á distancia de la uretra, y no pueden ser considerados como simples fenómenos de irradiacion inflamatoria. Se desarrollan, cosa singular, sobre órganos, á los que ninguna relacion anatómica, ninguna dependencia funcional, los liga á la uretra. Se les tomaría fácilmente por las manifestaciones de un estado general, de una infeccion general. Son, primero: el reumatismo blenorrágico en sus formas variadas, fluxiones articulares, inflamacion de las

vainas tendinosas ó de las bolsas mucosas, ciáticas, etc. Segundo, la oftalmía llamada metastática ó reumatismal. En fin, hay un accidente más grave por sí solo, que todos los precedentes reunidos, es: la oftalmía de contagio, la oftalmía purulenta blenorrágica. Esta no entra ni en uno ni en otro de los grupos anteriores; es una complicacion de un órden especial.

RETENCION DE ORINA.

Con frecuencia se presenta en la blenorragia la disuria, pero la retencion completa de orina es rara.

Las causas que pueden determinar la retencion son muy variadas. Las más frecuentes, son las congestiones ó las inflamaciones de la próstata, las flegmasías peri-uretrales, los abcesos en diversos sitios, que haciendo una saliente en el canal, oponen un obstáculo mecánico á la emision de la orina.

Se dice que algunas veces este accidente es debido á una tumefaccion considerable de la mucosa, produciendo una especie de estrechamiento inflamatorio y borrando el calibre de la uretra. Se dice tambien que, algunas veces parece depender de una contraccion espasmódica de la uretra, contraccion bastante comun, cuando la uretritis tiene su asiento en las porciones membranosa ó prostática. Esta última causa no debe ser admitida, sino en los casos en que un exámen muy minucioso, demuestre la ausencia de toda lesion.

En igualdad de circunstancias, la retencion de orina, se produce de preferencia, en los individuos anteriormente afectados de blenorragias múltiples ó de estrechamientos.

Desde que hay dificultad en la emision de la orina, es necesario insistir enérgicamente sobre la medicacion antiflogística: emisiones sanguíneas locales, abundantes y frecuentes, baños repetidos, fricciones belladonadas sobre la region perineal, lavativas laudanizadas, etc.

Además, mientras el enfermo puede orinar, es mejor retardar el empleo del cateterismo, porque la introduccion de un cuerpo extraño, aun cuando sea ejucutada con toda la habilidad posible, no puede dejar de producir, en las condiciones en que se encuentran las partes enfermas, una recrudescencia de la inflamacion. Pero si la retencion es completa, el cateterismo es de rigor. No se olvidará al practicarlo, que los tejidos que se necesita atravesar, están inflamados, fáciles de desgarrar, y que una falsa ruta podría ser la consecuencia, de una direccion viciosa de la sonda................ Se usará de preferencia, una sonda de goma elástica y de calibre mediano, pues se ha notado que un instrumento mediano penetra mejor que uno pequeño. La sonda introducida en el canal, debe ser conducida lo más lentamente posible. Si se presenta un obstáculo á su marcha, lejos de tratar de vencerle por un esfuerzo brusco, es necesario oponerle una presion lenta y suave, que desinfartando los tejidos sin dolor, abra poco á poco un paso suficiente para la entrada del instrumento. Se llega así, con el tiempo y paciencia, á la vejiga, sin determinar muy grandes dolores y conservando la integridad de las paredes uretrales. (Ricord.)

Al practicar el cateterismo, pueden presentarse dos casos muy distintos. Si se ha efectuado con facilidad, indica por solo este hecho, la falta de un obstáculo para una segunda operacion, y debe sacarse la sonda despues de evacuada la orina; pero si por el contrario, se ha penetrado con dificultad suma á la vejiga, es evidente que el canal está estrecha-

do, y sin vacilacion debe dejarse la sonda, á pesar de los inconvenientes que esto produce, por la sola consideracion, de que quizá no sea posible penetrar una segunda vez con ella.

En fin, si por ninguno de los medios precedentes, se llega á evacuar la orina, no quedan mas que dos recursos: el cateterismo forzado, ó la puncion de la vejiga. Este caso no se presenta, sino en los individuos afectados anteriormente de estrechamientos, ó de lesiones del canal; es infinitamente raro.

HEMORRAGIA URETRAL.

Es muy frecuente, que en el estado sobreagudo de la blenorragia, y en la cistitis del cuello, una cierta cantidad de sangre trasude de la mucosa y se mezcle al escurrimiento, que toma un tinte rosado y aun rojo. Esto no se puede tomar como un accidente. Pero otras veces, aunque raramente, escurre sangre pura por la uretra, en muy gran cantidad, para constituir una verdadera complicacion. Esta uretrorragia, reconoce por orígen una desgarradura del canal, producida por la simple ereccion, por el coito, ó por la brutal práctica, que consiste en "romper la cuerda."

Jaccoud cita el caso de un jóven, que en el curso de una blenorragia de mediana intensidad, se había excitado vivamente con una mujer sin efectuar el coito. Fué atacado repentinamente, de una hemorragia uretral muy abundante, que duró más de una hora. Cuatro dias despues, una nueva hemorragia fué determinada por una ereccion nocturna; fué tambien muy abundante, se contuvo y reapareció varias

veces. Encontró al enfermo literalmente bañado en un mar de sangre, desde la pelvis, hasta las rodillas; el asiento estaba rodeado de un enorme coágulo de $0,^{M.}03$ á $0,^{M.}04$ de espesor, el pulso se sentía apénas, la cara estaba tan pálida como la de una mujer á consecuencia de una hemorragia puerperal.

Cuando la pérdida de sangre es ligera ó mediana, los autores aconsejan no intervenir y la dejan terminarse por sí misma, pero vigilándola. Se dice que tiene alguna utilidad, que hace el oficio de una aplicacion de sanguijuelas, desinfarta el canal y determina un alivio notable de los fenómenos inflamatorios. Si no fuese la causa que la ha producido, sería un accidente feliz para la resolucion de la inflamacion.

Está indicado, por el contrario, obrar enérgicamente, por los medios hemostáticos, desde que la pérdida sanguínea se prolonga, sobre todo en los casos, en que el enfermo es débil y anémico. Por otra parte, no siempre es fácil detener una hemorragia de la uretra; hay casos en que á pesar de todo lo que se haga, la efusion de sangre continúa ó reincide, con una obstinacion desesperante.

Lo que se aconseja en semejantes circunstancias es: poner al enfermo en su lecho, la pélvis elevada, aplicar sobre el bajo vientre, el pene y el perineo, toallas empapadas de agua fria; practicar repetidas ocasiones, inyecciones de agua fria, teniendo cuidado de mantenerlas el mayor tiempo posible en el canal. Cuando la hemorragia persiste, algunos emplean inyecciones de agua con percloruro de fierro al $\frac{1}{5}$, y al mismo tiempo prescriben los hemostáticos internos. Se han empleado tambien otros medios; aplicacion de hielo sobre el perineo, sobre las bolsas y al derredor del pene; compresion de éste por medio de muletas, baston, etc., apoyados sobre el respaldo del lecho; introduccion de sondas voluminosas en la uretra, con ó sin compresion exterior del pene, etc.

"Cualquiera que sea, dice Ricord, el inconveniente que haya en colocar un cuerpo extraño en la uretra inflamada, fuerza es algunas veces recurrir á la introduccion de una sonda, que, por la compresion que ejerce de dentro á fuera, pone un término á la efusion de sangre; en algunos casos aún, es necesario como complemento, ejercer sobre el pene una compresion exterior circular, que debe hacerse siempre con moderacion. Las más veces se puede quitar esta sonda al cabo de veinticuatro horas; pero cuando la hemorragia ha sido grave, y que además el instrumento no provoca dolor vivo, es prudente dejarlo en su lugar un dia ó dos más. En todos casos, si se hubiese quitado la sonda demasiado pronto, y la hemorragia reapareciera, sería necesario reaplicarla, á ménos que no se tratase sino de un débil escurrimiento sanguinolento."

Se dice tambien, que la sonda no es inofensiva siempre, sino que algunas ocasiones produce un resultado contrario al que se espera, dilatando la desgarradura que suministra sangre. La inyeccion de percloruro de fierro nos parece deber ser preferida.

INFLAMACION Y APOPLEGIA DE LOS CUERPOS CAVERNOSOS.

Estos accidentes son excepcionales, pues apénas son mencionados por algunos autores.

Cuando la inflamacion se propaga á uno de los cuerpos cavernosos, la porcion correspondiente del pene se hincha más ó ménos, y se hace el sitio de un abultamiento fusiforme, con dolor profundo á la presion.

Se efectúa en las areolas del tejido cavernoso un derrame plástico, que se revela bajo la forma de un núcleo duro, doloroso al principio, y más tarde indolente.

"Las partes que han sufrido esta trasformacion, no reciben la cantidad de sangre indispensable para el fenómeno de la ereccion; conservan su volúmen, en tanto que las otras se desarrollan. Resulta de aquí, que el pene toma diferentes curvaturas (concavidad superior, inferior ó lateral) que pueden impedir ó al ménos molestar el acto de la copulacion.

El mismo fenómeno puede resultar de pequeños focos apopléticos, teniendo su sitio en el espesor de los cuerpos cavernosos.

Despues del estado agudo, esta afeccion no es dolorosa, pero los inconvenientes que presenta, son para los enfermos una causa de tristeza que puede terminar en la hipocondría. Esta rara afeccion es las más veces incurable." (Ricord.)

FOLICULITIS URETRAL, QUISTE SUPURADO DE MORGAGNI.

Es frecuente en el estado agudo de la blenorragia, sentir bajo la uretra, particularmente al nivel de la fosa navicular, pequeños tumores granulosos, del volúmen de una cabeza de alfiler ó de un garbanzo, ligeramente sensibles á la presion. Estos tumores son probablemente producidos por la inflamacion de los folículos uretrales.

En el estado crónico, la blenorragia determina lesiones diversas de los folículos uretrales que hemos ya mencionado; los dilata, los hipertrofia, los oblitera. Ahora, todo folículo

cuyo conducto excretor es obliterado por la inflamacion, se encuentra trasformado en un verdadero quiste purulento. Resulta de esto una lesion curiosa, que muy poco conocida hasta estos últimos tiempos, acaba de ser bien estudiada por Ch. Hardy, que le ha dado el nombre de abceso folicular, ó de quiste supurado de Morgagni. "Cuando la inflamacion ha hipertrofiado la mucosa del folículo, y obliterado su conducto excretor, se encuentra, dice este autor, encerrada por decirlo así en la envoltura de la glándula. El pus y el producto de la secrecion normal, no pudiendo escurrirse fuera, se acumulan en el interior de la membrana fibrosa, la dilatan y acaban por formar un tumorcito, que no es otra cosa que el abceso que describimos. En los primeros dias de su formacion este abceso, ó más bien este quiste, es frecuentemente desconocido. No es sino cuando tiene ya el volúmen de un garbanzo, que el enfermo se apercibe de él por casualidad. Se presenta entónces bajo la forma de un tumorcito, redondeado ú ovoide, algunas veces bilobado, que ocupa la cara inferior de la uretra, á la cual está unido por un corto pedículo, que no es otra cosa que el conducto excretor obliterado y alargado. Este tumor es duro, movible bajo la piel, que ha conservado su coloracion normal, es poco ó nada sensible al tacto. Cuando es antiguo y que ha llegado al volúmen de una avellana, se reblandece y se puede algunas veces por la palpacion reconocer que está lleno de líquido. Raras veces la fluctuacion es bien manifiesta.

Estos abcesos son frecuentemente múltiples. Se han observado hasta tres en un enfermo, que los tenía hacía más de cuatro meses.

Los abcesos foliculosos tienen una marcha esencialmente crónica y se aproximan mucho por sus síntomas y su modo de terminacion á los esteatomas del cuero cabelludo.

Despues de haber quedado mucho tiempo estacionarios,

se hacen repentinamente dolorosos al tacto, aumentan rápidamente de volúmen, contraen adherencias con la piel, que los cubre, y si no se les abre, la perforan y se vacían por un orificio muy estrecho, que queda fistuloso. No ofrecen los mismos peligros que los abcesos del tejido celular peri-uretral, no tienen ninguna tendencia á hacerse paso en el canal.

Basta para obtener la curacion de estos abcesos, dividir la piel hasta el quiste, y enuclearlo todo entero, como se hace para los esteatomas de la piel del cráneo, ó cortar simplemente una porcion de la envoltura fibrosa, teniendo cuidado de no reunir la herida.

COWPERITIS, PERI-COWPERITIS.

Se da el nombre de cowperitis á la inflamacion de las glándulas de Cowper ó de Mery, situadas, como se sabe, inmediatamente atrás del bulbo de la uretra, debajo de la porcion membranosa del canal, de cada lado de la línea media del perineo. Estas glándulas tienen un volúmen tan pequeño, que su inflamacion no tendría gran importancia, si no afectase una tendencia marcada á propagarse al tejido celular ambiente, de manera de hacerse el orígen de verdaderos flegmones perineales.

En realidad, la complicacion que estudiamos en este momento, se efectúa, no tanto sobre la flegmasía glandular, como sobre los accidentes de vecindad que son la consecuencia habitual. Por este motivo, la denominacion de peri-cowperitis, le es más justamente aplicable. Ocupa, sea una glándula y en este caso es la izquierda la que parece

más sujeta á enfermarse, sea á las dos á la vez, lo cual es más raro.

La tendencia de la enfermedad á propagarse á los tejidos de vecindad, y la gravedad de los desórdenes que pueden resultar de esta extension, indican la necesidad de una intervencion pronta y enérgica.

El tratamiento, será antiflogístico por excelencia, aplicacion de quince á veinte sanguijuelas al nivel del dolor; baños tibios prolongados y repetidos; cataplasmas emolientes; unciones con pomada mercurial belladonada; bebidas diluyentes; reposo, dieta, etc. Si estos medios, sobre los cuales conviene insistir con perseverancia, no dan resultado sino muy raramente, para prevenir la supuracion, al menos la limitan y concentran la inflamacion al derredor de su foco primitivo.

Desde que la formacion del pus es manifiesta ó aun probable, hay indicacion urgente de abrir el tumor sin retardo. Una incision prematura, carece de inconvenientes, puede aún ser favorable como medio de desinfarto y de resolucion. Diferir, es, al contrario, una imprudencia grave, es exponer al enfermo á los peligros de los derrames purulentos y á la perforacion de la uretra.

El abceso, siendo evacuado con oportunidad, la cicatrizacion se opera en general muy fácilmente.

Se han aconsejado un cierto número de medicaciones (duchas, aplicaciones frias, pomadas, vejigatorios, etc.), contra el infarto consecutivo de los tejidos.

Se dice, que el tiempo, la higiene y los baños repetidos, bastan las más veces para completar la curacion.

PROSTATITIS.

Nos ocuparémos únicamente de la forma aguda. Hablarémos al principio de la prostatitis no supurada.

Las indicaciones terapéuticas están trazadas por las manifestaciones sintomáticas.

Lo que se necesita ante todo, es combatir el trabajo inflamatorio en vía de evolucion.

Se deberá, pues, recurrir desde el principio á un tratamiento antiflogístico, tanto más activo, cuanto los fenómenos morbosos sean más acentuados.

Las emisiones sanguíneas locales ocupan el lugar preferente, son la base del tratamiento. Se deberá recurrir á una aplicacion de sanguijuelas en el perineo, inmediatamente delante del ano.

En los casos relativamente lijeros (congestion prostática de Alfredo Furnier) bastará una sola aplicacion de diez á quince sanguijuelas; pero en presencia de una prostatitis francamente aguda, no se vacilará en llevar el número hasta veinte y treinta (Furnier) y en repetirla muchas veces.

Sir Henry Thompson hace notar, que ventosas hábilmente aplicadas, pueden reemplazar á las sanguijuelas.

En cuanto al consejo dado por algunos autores de llevar directamente las sanguijuelas sobre la cara posterior de la próstata, auxiliándose para esto con un espejo, diremos que es necesario no haber experimentado jamás, el dolor atróz provocado por el tacto rectal más bien hecho, para preconizar semejante procedimiento.

A la sangría se añadirá el uso de los baños. Existe alguna diferencia sobre su modo de administracion. En tanto que la

mayor parte de los autores recomiendan los baños tibios generales, repetidos y prolongados, Thompson aconseja baños muy calientes, de corta duracion. Trata de esta manera de provocar la llegada de la sangre hácia la periféria del cuerpo. Esta manera de obrar puede producir excelentes resultados, pero es necesario no olvidar, que tales baños pueden provocar el síncope, no se dejará por lo tanto de vigilar al enfermo.

Respecto de los baños de asiento, que han tenido boga entre el público, no los aconsejamos; porque á ménos de ser muy calientes y muy cortos, á ménos de obrar como revulsivos cutáneos, no tendrán otra consecuencia que aumentar el aflujo de sangre hácia el sistema venoso hemorroidal é intra-pelviano.

A estos medios de primer órden, se añadirá la aplicacion sobre el perineo, de tópicos resolutivos, asociados á preparaciones calmantes.

Importa en efecto combatir los fenómenos dolorosos. Tres vías tenemos para llegar á este objeto: vía cutánea, vía rectal y vía gástrica. Las unciones belladonadas opiadas ó morfinadas, las inyecciones subcutáneas de morfina ó de cloral, pueden prestar servicios. Sin embargo, no se deberán emplear solas, será conveniente siempre añadir el uso de lavativas, de supositorios ó de pociones apropiadas.

Los supositorios serán de base de opio, de morfina, de belladona ó de cloral. Deberán ser de pequeño volúmen, para que su introduccion no sea el punto de partida de una crísis dolorosa. Las lavativas serán con láudano, morfina ó cloral (Félix Guyon).

No se elejirá indiferentemente entre las diversas sustancias medicamentosas que acabamos de enumerar. El opio y sus derivados, tienen en efecto el inconveniente de obrar sobre el tubo digestivo, de provocar y aumentar la consti-

pacion, que es muy frecuente en el curso de la prostatitis. La misma observacion se aplica á las pociones calmantes que se podrían prescribir. Se deberá dar la preferencia á las solaneas.

Es necesario mantener la libertad del vientre, se conseguirá con lavativas simples, ó mejor aún con ligeros purgantes salinos. Thompson aconseja el tártaro emético á dósis fraccionadas; tendría el doble objeto, de obrar sobre el intestino y sobre el estado febril general.

Los trastornos de disuria, no necesitan mas que de el tratamiento antiflogístico y antiespasmódico, y se deberá abstener tanto como sea posible de maniobras instrumentales que tendrian por resultado inmediato provocar un dolor vivo, y por consecuencia ulterior, una exajeracion de los fenómenos inflamatorios. El cateterismo solo se empleará cuando se trate de una retencion de orina.

La eleccion de la sonda tiene su importancia. Se ensayará al principio franquear el obstáculo con una sonda de muletilla núm. 15 ó 16. Si se fracasa, se podrá recurrir á la sonda de doble curvatura, ó mejor aún, á una sonda blanda, montada sobre un mandrin de gran curvatura. (Gely de Nantes.)

Cualquiera que sea el instrumento empleado, es imposible dejarlo á permanencia; los sufrimientos provocados por su presencia no lo permiten. Se deberá, pues, practicar el cateterismo repetido, pero los dolores que provoca, las dificultades que presenta, deben hacer alejar las sesiones tanto como sea posible. Se sondeará, dos, tres ó cuatro veces á lo más en las 24 horas.

Cuando la vía uretral no puede ser franqueada, es necesario recurrir á la puncion de la vejiga con un aparato aspirador.

La medicacion interna se reducirá en la mayoría de los

casos á muy poca cosa. Se prescribirá la dieta, las bebidas emolientes; en ciertos casos y segun las indicaciones, los antiespasmódicos, ó al contrario, si existe adinamia, algunos tónicos, entre los cuales citaremos particularmente, el extracto blando de quina y el sulfato de quinina.

Cuando se es bastante feliz para obtener la resolucion, es necesario, durante muchas semanas, algunas veces durante muchos meses, mantener el enfermo en una higiene severa, hacerle evitar todas las causas de congestion de la region y vigilar en particular el funcionamiento del intestino. Estas precauciones son de toda necesidad, si no se quiere exponer á una recaida ó á una prostatitis crónica.

Diremos para terminar estas consideraciones terapéuticas, que sábias reflexiones hechas á los atacados de blenorragia, de hipertrofia prostática, de prostatitis crónica, que una gran moderacion en las maniobras instrumentales, ya se trate del cateterismo, ó de una operacion verdadera, tal como la litotricia; deben ser consideradas como un verdadero tratamiento profiláctico de la prostatitis aguda.

En el tratamiento de la prostatitis supurada, se puede asentar como regla absoluta, que todo abceso prostático debe ser abierto, desde que su presencia es manifiesta.

La intervencion precoz es el solo medio de prevenir las vastas supuraciones, los derrames extensos, y las fístulas rebeldes que se ha visto producir la muerte de los enfermos.

Tres vías conducen á la próstata: la uretra, el recto y el perineo.

Los autores hacen mencion de numerosos abcesos prostáticos abiertos durante las maniobras del cateterismo. Pero es necesario reconocer, que en el mayor número de casos, esta abertura ha sido puramente accidental; se trataba de remediar la retencion de orina, se queria explorar la uretra; repentinamente la sonda daba salida al pus, cuya existencia no se sospechaba todavía.

No se ha tenido, sino raras veces, la ocasion de abrir voluntariamente un abceso por la vía uretral; se comprende, en efecto, cuan difícil será apreciar claramente, con la extremidad de la sonda, el relieve de un abceso. No obstante, si se tenia certeza de la existencia del abceso, se debería, con el índice izquierdo, aplicado en el recto y empujando la próstata delante del instrumento (Le Dentu) tratar de desgarrar con el extremo de la sonda, la pared de la bolsa purulenta.

Una sonda ordinaria un poco firme, bastará para esta maniobra; sería peligroso recurrir á la sonda cónica de metal aconsejada por Velpeau, se expondría á hacer una desgarradura.

Cuando se encuentra en el perineo, un punto doloroso preciso, cuando la region está tensa y elevada, cuando en una palabra existen signos ciertos de supuracion profunda; es necesario no vacilar, é ir directamente, por el camino más corto en busca del pus. Se procederá, además, exactamente como si se tratase de practicar el primer tiempo de la talla pre-rectal.

Segun el consejo de Thompson y de Demarquay, la incision debe ser ámplia. Rechazamos las punciones con el bísturi ó con el trócar recomendadas por Otto Stoll; pues lo que se necesita ante todo, es asegurar el escurrimiento fácil del pus, so pena de ver, como en dos operados de este cirujano, estallar accidentes graves de septicémia.

La vía rectal es la más frecuentemente seguida, es la que recomienda especialmente el profesor Guyon. Se puede intervenir inmediatamente, porque los signos suministrados por el tacto rectal son precoces; se obra á la vez sobre la próstata y sobre el tejido retro-prostático; la incision se hace sobre un punto muy declive. El manual operatorio es sim-

ple; vamos á describirle tal como lo practica M. Guyon: el enfermo y el cirujano, estando en la posicion llamada de la talla, el índice izquierdo suficientemente engrasado, se introduce en el recto y reconoce el punto reblandecido y depresible. Sobre este dedo cuidadosamente mantenido en su lugar, se hace deslizar de plano un bísturi recto, cuya punta está oculta en una pelota de cera, y el resto de la lámina, envuelta con una tira de tela emplástica; basta entónces abatir el mango del bísturi, é imprimirle un pequeño movimiento brusco, para que la punta, guiada y sostenida por la yema del dedo, corte el abceso en la extension que se juzgue conveniente.

Una vez el abceso abierto, expontánea ó artificialmente es necesario seguir paso á paso su evolucion.

En los casos felices que se han observado, la bolsa se retrae rápidamente y la curacion no se hace esperar más de dos ó tres semanas. En un caso, en que habia hecho la incision en el perineo, Demarquay la ha visto efectuarse en ocho dias.

El papel del cirujano se reduce entónces al de simple espectador, pero no es siempre así, sea que se necesite luchar contra una evacuacion incompleta del pus, sea que se tenga que combatir fístulas que amenazan perpetuarse.

La persistencia de la calentura, la aparicion de un empastamiento peri–prostático, la cantidad de pus que se hace salir por la presion directa de la bolsa, son otros tantos signos que permitirán reconocer la insuficiencia de la abertura. Será necesario entónces, segun los casos, ampliar la abertura ó crear una nueva. Convendrá al mismo tiempo obrar sobre la bolsa (casi siempre entónces de aspecto cavernoso), por inyecciones á la vez antisépticas y modificatrices.

Los trayectos fistulosos demandarán cuidados diferentes

segun su estado de organizacion más ó ménos perfecto y tambien segun su sitio.

Si la fístula rectal ó perineal es reciente, si no comunica con la uretra, basta en general de inyecciones ligeramente irritantes, tales como con tintura de iodo, por ejemplo (Félix Guyon). Serán indicadas aún, pero como adyuvantes solamente, si se trata de una fístula uretro-rectal ó uretro-perineal. Lo que se debe hacer entónces, es asegurar el curso regular de las orinas, sea por la sonda permanente (Civiale, Dolbeau, Voillemier, etc.), sea por un cateterismo repetido cada vez que la necesidad se hace sentir (Mercier, Reliquet, Thompson).

Sin embargo, es bueno recordar, que ciertos artificios pueden algunas veces suplir el uso de la sonda. Thompson obtuvo la curacion de una fístula uretro-rectal, recomendando á su enfermo, no orinar sino acostado sobre el vientre.

La compresion sobre el perineo durante la miccion, dió una curacion á Diday.

Cuando los trayectos fistulosos son antiguos y están organizados, los medios terapéuticos deben ser más enérgicos. Al empleo de la sonda, se añadirá la debridacion, las incisiones regulatrices, las exciciones y sobre todo la cauterizacion (Thompson). El termo y el galvanocauterio hacen aquí verdaderos servicios. Aplicables sobre todo á las fístulas perineales, pueden igualmente ser puestos en uso para las fístulas uretro-rectales, como lo prueba un caso de F. Guyon referido por Segond: tres cauterizaciones con el termo-cauterio, con ocho dias de intervalo, produjeron la curacion. A pesar de este resultado, es necesario saber que las fístulas uretro-rectales, por poco que tengan un cierto calibre, persisten de una manera desesperante. Entónces puede uno ser inducido, si el estado general del enfermo lo permite, á segun el ejemplo de A. Cooper, que supo hábilmente trasfor-

mar, una fístula rectal rebelde, en una fístula perineal, que curó rápidamente. "Despues de haber colocado, dice este autor, un cateter en la vejiga, introduje el dedo en el recto y corté como para la operacion de la piedra, hasta que sentí la sonda á través del bulbo. Sumergí entónces un cuchillo de dos filos en el perineo, entre la glándula prostática y el recto, con la intencion de dividir así la comunicacion fistulosa establecida entre la uretra y el intestino. Una mecha de hilas fué introducida en la herida. Cuando las hilas fueron sacadas, se apercibió que la orina escurria por la incision perineal. La abertura rectal se cerró gradualmente y la del perineo se cicatrizó en seguida prontamente." La curacion fué completa.

Es necesario recordar, sin embargo, que hay casos desgraciados, que resisten á todo tratamiento y escapan á toda tentativa terapéutica.

CISTITIS.

La inflamacion de la vejiga puede ocupar el cuello (forma frecuente) ó el cuerpo (forma rara), así, nos ocuparemos solamente de la primera.

Su tratamiento es de los más simples: reposo, régimen ligero, bebidas frescas y poco abundantes; unciones belladonadas en la region perineal y en la parte superior de los muslos, cataplasmas sobre el hipogastrio, baños tibios prolongados (preferibles á los baños de asiento, cuya accion dañosa ha sido manifiesta en ciertos casos), y sobre todo pequeñas lavativas frias con alcanfor y láudano de Sydenham (16 á 20 gotas).

Cuando la enfermedad es más intensa, se hace una aplicacion de sanguijuelas en el perineo. Se debe evitar sobre todo introducir instrumentos en el canal, poner inyecciones, etc.

Hay una medicacion muy diferente, que algunas veces surte de una manera maravillosa, para calmar el eretismo del cuello vesical, es el empleo de los balsámicos y especialmente de la copaiba. No es raro que este tratamiento alivie á los enfermos en algunas horas. Desgraciadamente, no es de efecto constante, se le ha visto fracasar muchas veces de una manera completa.

Cuando la enfermedad tiende á pasar al estado sub-agudo, y queda estacionaria, se administra con éxito, sea la trementina, sea la cubeba ó la copaiba. Estos dos últimos medicamentos, deben ser dados á pequeñas dósis fraccionadas, y el uso debe ser prolongado mucho tiempo.

Solamente en los casos rebeldes y crónicos se debe recurrir, sea á los revulsivos locales (vejigatorios, emplasto estibiado, cauterio en la region perineal), ó á las aguas minerales, alcalinas, sulfurosas ú otras, segun las condiciones que parezcan mantener la enfermedad.

FLEGMONES PERI-URETRALES.

Estos flegmones tienen por sitio el tejido celular peri-uretral. Pueden producirse en todo el espacio comprendido entre el glande y la porcion membranosa; pero segun la opinion general, son mucho más frecuentes en dos puntos: 1º, al nivel de la fosa navicular, sobre las dos fosetas laterales del frenillo; 2º, al nivel del bulbo.

Esta predileccion de sitio, puede explicarse, ó por la abundancia y laxitud del tejido celular que cubre estas partes; ó por una mayor riqueza de la mucosa en folículos glandulares, de donde parte frecuentemente la inflamacion; ó en fin, por este hecho de observacion, que la blenorragia se acantona, por decirlo así, de preferencia sobre estos dos puntos. (Ricord.)

Al principio de la enfermedad, se pueden emplear los antiflogísticos (sanguijuelas, baños, cataplasmas, etc.), menos aún con la esperanza de prevenir una supuracion casi fatal, que con el objeto de moderar y limitar la inflamacion.

Más tarde, una indicacion de mayor importancia se presenta, es, la de abrir una vía al pus lo más pronto posible.

Las incisiones prematuras, son las únicas que pueden prevenir la perforacion de la uretra, y las complicaciones diversas que son la consecuencia. (Ricord.)

¿Qué hacer si el pus se ha abierto paso en el canal? ¿es necesario apresurarse á practicar una abertura para evitar las infiltraciones de orina? Creemos que no. Segun la opinion de Jaccoud, hé aquí la conducta que se tiene que observar: esperar al principio, pero esperar vigilando. Si no hay razon para suponer que la orina penetre en el foco, toda intervencion quirúrgica es fuera de propósito. Al menor signo que dé la presuncion de este peligro, evacuar la orina con la sonda. Si el acceso de la orina en el foco se hace evidente, practicar inmediatamente una contra-abertura en la piel para evitar las probabilidades de infiltracion, é instituir en seguida el tratamiento de la fístula.

LINFANGITIS.

Cuando la inflamacion es muy intensa, se usan las emisiones sanguíneas en las ingles, fomentos emolientes ó narcóticos; cuando hay balano-postitis, se emplean las inyecciones de nitrato de plata entre el glande y el prepucio. Importa, en los casos de supuraciones difusas, prevenir las infiltraciones y los despegamientos, por incisiones tempranas, sin esperar que la fluctuacion se haga manifiesta.

Como consecuencia de la linfangitis debemos señalar: 1.º, el estado varicoso de los troncos linfáticos, observado por Ricord; 2.°, las fístulas linfáticas del prepucio y de la piel del pene, siempre muy rebeldes, y no cediendo en general sino á la extirpacion.

ADENITIS.

Se emplea contra esta complicacion, una medicacion antiflogística: baños, reposo, sanguijuelas, etc.

En los individuos linfáticos ó escrofulosos, las inflamaciones uretrales, sobre todo las que se prolongan mucho tiempo, son causa frecuentemente de adenitis estrumosas. Algunos autores han dado á este estado, el nombre de bleno-estrumosis.

EPIDIDIMITIS.

Segun algunos médicos, y el Dr. Puche en particular, la espectacion ayudada de algunos cuidados de higiene, daria

resultados tan seguros y tan rápidos como las medicaciones diversas, de que se ha sobrecargado el tratamiento de esta enfermedad.

En la mayor parte de los casos, basta oponer á la enfermedad la muy simple medicacion siguiente: reposo en el lecho, con la precaucion de mantener las bolsas inmóviles y elevadas lo más alto posible sobre el abdómen, aplicacion contínua de cataplasmas emolientes, rociadas, si es necesario, de láudano; baños repetidos, tisanas diluyentes, lavativas ó laxantes ligeros para mantener la libertad del vientre, régimen ligero, sobre todo los primeros dias.

Cuando el enfermo comienza á levantarse, recomendar el uso de un suspensorio guarnecido de ouate. No permitir la marcha, sino en la época en que el tumor epididimario se ha hecho casi indolente á la presion.

Algunos síntomas, sin embargo, por su exajeracion ó su predominancia, dan frecuentemente orígen á indicaciones especiales. Así, la intensidad de los fenómenos inflamatorios, particularmente el dolor, exige en ciertos casos el empleo de una medicacion antiflogística más activa. Se ha recurrido entónces, con gran ventaja, al tratamiento siguiente: emisiones sanguíneas locales, que se repiten si es necesario, 15 á 20 sanguijuelas sobre el trayecto inguinal, al nivel del cordon, baños cuotidianos prolongados por una ó dos horas, unciones belladonadas, lavativas laudanizadas, etc. Esta medicacion produce en general una sedacion rápida y algunas veces inmediata.

Otras veces, es la dilatacion excesiva de la túnica vaginal la que desarrolla fenómenos dolorosos de una gran intensidad. Una simple puncion evacuatriz, practicada con la lanceta, basta casi siempre para producir una remision instantánea de los dolores y una mejoría notable de los síntomas inflamatorios.

Algunos médicos aconsejan esta pequeña operacion en los casos de derrame, aun cuando no sea excesivo; segun su dicho, la evacuacion de la vaginal, se acompañaría muy generalmente de una sedacion marcada del dolor y abreviaría la duracion total de la enfermedad.

Cuando los fenómenos agudos se han disipado, y solo el infarto epididimario persiste, se acostumbra prescribir como resolutivos, ya pomadas llamadas fundentes (ioduro de potasio, ungüento mercurial), ya emplastos diversos (emplasto de Vigo, de jabon, de cicuta, etc.), ya embrocaciones con tintura de iodo; ya, en fin, al interior, el ioduro de potasio, el extracto de cicuta, el calomel, etc.

Algunos emplean simplemente los baños continuados, cataplasmas aplicadas durante la noche, y el suspensorio ouatado durante el dia.

Segun otros, el tiempo ayudado de la higiene, basta para la resolucion de los núcleos epididimarios.

HIDARTROSIS.

Contra esta complicacion, se emplea una medicacion que da casi siempre resultados magníficos, es: el vejigatorio seguido de la compresion.

El enfermo será puesto en reposo, la articulacion afectada será cubierta de un gran vejigatorio, que se hará secar pronto; despues, un segundo y un tercero, si es necesario.

Desde que el estado de las partes lo permita, se practicará una compresion metódica sobre la articulacion.

Embrocaciones cuotidianas de tintura de iodo podrán ser útiles en esta época para activar la resolucion. Es muy raro

que la hidartrósis resista al empleo de estos simples medios.

OFTALMIA BLENORRAGICA.

Lo primero que se debe hacer, es emplear un tratamiento rápido y enérgico. "La vacilacion y la incertidumbre, son seguidas las más veces de la pérdida de los ojos." (Ricord.) La medicacion es la de las oftalmías purulentas graves: cauterizaciones repetidas de la conjuntiva oculo-palpebral con el lápiz de nitrato de plata, es el remedio por excelencia, y es necesario recurrir á el "*presque avec barbarie*" para salvar el ojo enfermo; lavatorios é inyecciones renovadas tanto como sea posible, y mejor aún duchas oculares segun el método de Chassaignac; fomentos emolientes; unciones belladonadas al derredor de la órbita, emisiones sanguíneas locales abundantes y repetidas, debridacion ó extirpacion de las quemósis, revulcion intestinal por los purgantes, etc., y sobre todo preservar el ojo sano de los líquidos que se escurren en abundancia del ojo enfermo.

México, Mayo de 1886.

Celerino Gonzalez.

' 5.00 100